

Taru Juntunen
Susan Sundberg

Hoitoympäristö oppimispeliin

Psykiatrisen potilaan optimaalinen vastaanottotila CareMe-peliin

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

5.10.2015

<p>Tekijät Otsikko</p> <p>Sivumäärä Aika</p>	<p>Taru Juntunen ja Susan Sundberg Hoitoympäristö oppimispeliin: Psykiatrisen potilaan optimaalinen vastaanottotila CareMe-peliin</p> <p>23 sivua + 8 liitettä 5.10.2015</p>
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Psykiatrisen potilaan hoitotyö
Ohjaajat	Lehtori Juha Havukumpu, vanhempi lehtori Lehtori Jaana-Maija Koivisto, vanhempi lehtori
<p>Opinnäytetyömme liittyy tiiviisti Metropolia ammattikorkeakoulun mielenterveys- ja päihdehoitotyö opintojaksokokonaisuuteen. Tarkoituksena oli suunnitella virtuaalinen peli terveys- ja hoitoalan opiskelijoille tiiviissä yhteistyössä rinnakkaisen opinnäytetyöryhmän kanssa. Peli suunniteltiin kehittämään opiskelijoiden jo koulussa opittuja taitoja. Rinnakkaisopinnäytetyöryhmä kehitti potilaalle hoitotilanteen ja anamneesin, kun taas me kehitelimme terapeuttisen ja kuntouttavan hoitoympäristön. Lisäksi tavoitteenamme oli selvittää, minkälaisia komponentteja suunnitellun hoitoympäristön tulisi sisältää. Toivon mukaan opinnäytetyön tuotoksemme opettaa alan opiskelijoita aiheesta ja lisäksi inspiroi tulevaisuuden päättäjiä luomaan mielekkäämpiä potilas- ja hoitohuoneita erityisesti psyykkisistä sairauksista kärsiville. Opinnäytetyön taustalla on CareMe-pelikonsepti.</p> <p>Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu erilaisista työskentelymenetelmistä, kuten kirjallisuuskatsauksesta. Lisäksi eräs päämenetelmistämme prosessin kuluessa oli toteuttaa ja hyödyntää anonymisti käsiteltyä kyselylomaketta. Se koostui kahdesta asiayhteyteen liittyvästä kysymyksestä. Hyödynsimme joiltain osin myös havainnointia ilman osallistumista opiskelijoiden täyttäessä kyselylomakkeita. Loppuen lopuksi analysoimme onnistuneesti kaikki saadut vastaukset käyttäen apunamme laadullista yksikönanalyysi tutkimusmenetelmää.</p> <p>Kaiken kaikkiaan opinnäytetyöprosessin kuluessa kävi kuitenkin ilmi, että projektin yhteistyökumppanina toimineet pelialan ammattilaiset eivät pystyneet enää olemaan toteutusvaiheessa mukana loppuun saakka. Alkuperäisiä suunnitelmia oli silloin muutettava. Lopputuloksena syntyi tulevaisuuteen suuntaava hypoteettinen katsaus psykiatrisesta hoitoympäristöstä. Huoneen oli tarkoitus olla niin terapeuttinen ja hyvälle hoitohetkille optimaalinen, kuin se vain voisi todellisuudessa olla. Tuotos oli tarkemmin sanottuna poliklinikkahuone. Erityistä huomiota kiinnitettiin hoitoympäristön visuaalisuuteen. Kyselylomakevastaukset antoivat meille mielenkiintoisia ja varteenotettavia ideoita hoitohuoneen tarpeellisista huonekaluista ja väriytyksestä. Huoneessa otettiin huomioon fyysinen turvallisuus ja psyykkinen hyvinvointi. Lopullisen tuotoksen piirsimme ja skannasimme itse. Kokonaisuudessaan projektitiimiimme kuului kaksi viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijaa.</p>	
Avainsanat	Mielenterveys, digitaalinen oppimisympäristö, hoitoympäristö

Authors Title Number of Pages Date	Taru Juntunen and Susan Sundberg Treatment environment for learning game: Optimal reception of psychiatric patient for CareMe-game 23 pages + 8 appendices 5 October 2015
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Psychiatric nursing
Instructors	Juha Havukumpu, Senior Lecturer Jaana-Maija Koivisto, Senior Lecturer
<p>Our final project is part of the Mental Health and Substance Abuse course of the Helsinki Metropolia University nursing package. The purpose of our final project was to design a virtual game for nursing and health care students in co-operation with a parallel thesis group. The virtual game develops the psychiatric nursing skills of the students. The parallel thesis group developed treatment situation and anamnesis for patient whereas we evolved therapeutic and rehabilitative health care environment for the virtual learning game. In addition our aim was to find out what kinds of components planned care environment should contain. Hopefully the output of our thesis teaches students industry about the topic and furthermore inspire future decision-makers to create more pleasant treatment rooms especially for mental illness sufferers. Our final project was based on the CareMe virtual platform.</p> <p>Our functional study consisted of different kinds of working methods for example a literature review. Additionally one of our main technique during the process was carry out and exploit anonym questionnaire. It consisted of two questions within context. In our team we also made some use of observation without the involvement in the process of students filling the questionnaire. In conclusion we managed to analyze all answers using the qualitative study, to be precise unit of analysis method.</p> <p>Overall during the process it turns out that central professional partners in the gaming industry couldn't be involved anymore in the implementation phase. The original plans had to be changed. As a result it came out to hypothetical and future-oriented review of psychiatric environment. The room was supposed to be as therapeutic and optimal for good treatment sessions as it could be in reality. It was more precisely polyclinic room. Special attention was paid to care environment's visual aspects. Questionnaire responses gave us interesting and worthy ideas for treatment room's necessary furniture and coloring. The room was taken into account physical security and psychic wellbeing. The final output was drawn and scanned by us. We wondered what the output looks like into the game's playable version. Overall our project team consisted of two senior nursing students.</p>	
Keywords	Mental health, digital learning environment, care environment

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön taustaa, sen tarkoitus, tavoite ja kehittämistehtävät	1
3	Ympäristön merkitys mielenterveydelle	2
3.1	Psykiatrisen hoitoympäristön osa-alueet	2
3.2	Tarkempaa tietoa värien symboliikasta	4
4	Psykiatrian tarve yhteiskunnassa	5
5	Mielenterveyshoitotyön ja hoitotyön ympäristön historiaa	6
6	Näkökulmia mielenterveydestä	9
7	Tietopohjaa mielenterveydelle	11
7.1	Yleistieto-osio	11
7.2	Nykyaikaiset hoitomuodot mielenterveyshoitotyössä	12
7.3	Mielialahäiriöille altistavat tekijät	14
7.4	Oireita	15
8	Pelaaminen oppimisen osana	15
9	Opinnäytetyön toteutus ja tulos	17
9.1	Tulosten saaminen ja analysointi	17
9.2	Opinnäytetyön päätuotos	18
10	Pohdinta	20
	Lähteet	22
	Liitteet	
	Liite 1. Kyselylomake	
	Liite 2. Vastausten analysointitaulukot	
	Liite 3. Rinnakkaisopinnäytetyöryhmän kehittäämä potilasskenaario	

1 Johdanto

Maailmassa ei ole aina helppoa olla erilainen. Erilaisuus on kuitenkin hyväksyttävä ja siihen meidät kasvatetaan lapsesta saakka. Vaikka olemme erilaisia, emme koskaan ole riittävän vertailukelpoisia keskenämme. Elämä ei aina mene suunnitelmien mukaan ja asioista voi olla vaikea puhua. Tällöin mieli saattaa kuitenkin pahimmassa tapauksessa sairastua, siinä missä kehokin. Kaiken ikäiset voivat sairastua, myös esimerkiksi lapset. Sairauden oireet voivat ilmetä esimerkiksi erilaisena tai kummallisena käytöksenä. Mielen sairauksia pystytään hoitamaan ja niistä voi parantua. Usein parantuminen ei kuitenkaan ole täydellistä, mutta lääkityksen, läheisten tuen ja säännöllisten kontrollien avulla voidaan silti saavuttaa hyvä elämä. (Mielenterveyden keskusliitto. 2015.) Niin sanottu hyvä elämä käsittää muun muassa turvallisuutta, riittävää jaksamisen tunnetta, kiireettömyyttä, välittämistä ja vähäisiä huolia. Lisäksi siihen kuuluu tyytyväisyyttä terveyteen ja toimeentuloon liittyen. Keskeistä hyvässä elämässä on ajatus oman elämän hallinnasta ja sen riskien minimoimisesta. (Lasten keskuksen tutkimustoimisto. 2010.) Kaiken kaikkiaan mielenterveysteemaan syvemmälle johdattelee seuraavien lauseiden myötä arvostettu entisajan filosofi pohdintoineen. Pienet huolet puhuvat, suuret ovat mykkiä. Aika parantaa sen mihin mieli ei pysty. (Seneca 4 eKr.-65 jKr.)

2 Opinnäytetyön taustaa, sen tarkoitus, tavoite ja kehittämistehtävät

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli alun perin kehittää CareMe-pelikonseptiin tiiviisti liittyvä mielenterveysteeman omaava virtuaalinen peli, jota terveyden- ja hoitoalan opiskelijat pystyisivät testaamaan osana mielenterveyden opintokokonaisuuden asioiden oppimista ja kertaamista. Kokonaisuudessaan tavoitteeksi muodostui nimenomaan edistää ammattikorkeakoulun terveys- ja hoitoalan opiskelijoiden oppimista, sekä jo opitun kertaamista mielenterveysopintokokonaisuuteen liittyen. Projektin aihekokonaisuudesta lähdettiin työstämään kahta tiiviisti toisiinsa liitännäisissä olevaa rinnakkaista opinnäytetyötä kahden Metropolian lehtorin opastuksella. Molemmissa rinnakkaisopinnäytetöissä työskenteli pareina kaksi psykiatriseen hoitotyöhön suuntautuvaa sairaanhoitajaopiskelijaa.

Alkuperäiset suunnitelmat muuttuivat kuitenkin kesken opinnäytetyön, sillä projektin yhteistyökumppanina toimineet pelialan ammattilaiset eivät pystyneet olemaan enää toteutusvaiheessa mukana resurssipulan vuoksi. Pettymys oli tuolloin suuri. Suunnitelmien muuttumisen vuoksi kehitimme opinnäytetyönämme nimenomaan tulevaisuuteen suuntautuvan hypoteettisen katsauksen mielenterveyshäiriöistä kärsivän potilaan optimaalisesta poliklinikkamaisesta hoitoympäristöstä. Ajatuksena ”mitä jos” tulevaisuudessa alun perin suunnitteilla ollut peli tulisi joskus pelattavaan muotoon, niin millainen peliruudulla näkyvä poliklinikan huone ”olisi” silloin ja minkälaisia esineitä se tuolloin sisältäisi huomioiden sairaanhoitajan ja potilaan fyysinen, psyykkinen ja henkinen hyvinvointi ja turvallisuus. Koska rinnakkaisopinnäytetyöryhmämme kehitteli peliin omana opinnäytetyönään tulevaisuuteen suuntaavan hypoteettisen potilastilanteen (potilascase) ja sille anamneesin liittyen erityisesti poliklinikkaympäristöön, tämän opinnäytetyömme päätuotos eli optimaalisesta ympäristöstä kuvitettu kuva liittyy myös poliklinikkaympäristöön.

Asetimme opinnäytetyölle kehittämistehtävät:

1. Mielialahäiriö kokonaisuuden avaaminen lukijalle
2. Optimaalisen poliklinikkahuoneen kehittäminen mielialahäiriöistä kärsivälle, jolloin huomioidaan sairaanhoitajan ja potilaan fyysinen, psyykkinen ja henkinen hyvinvointi, sekä turvallisuus.

3 Ympäristön merkitys mielenterveydelle

3.1 Psykiatrisen hoitoympäristön osa-alueet

Ympäristön merkitys jokaiselle ihmiselle on hyvin tärkeää. Etenkin mielenterveyshäiriöistä kärsiville henkilöille ympäristön merkitys korostuu entisestään, jotta esimerkiksi ahdistusta tai masennusta ei pääsisi kehittymään tai jo ilmaantuneet oireet eivät pahenisi. Mieli tarvitsee kuntoutuakseen ja pysyäkseen terveenä miellyttäviä havaintoja ellettävästä ympäristöstä, kuten huoneesta. Rauhoittava tila ja mukavaksi koetut asiat, kuten muun muassa löhöilyyn tarkoitettu sohva lisäävät huoneen miellyttävyyttä ja nostavat mielialaa myös tiedostamattomasti. On todettu, että esimerkiksi täysin hiljaiset huoneet eivät pidemmän päälle edistä mielenterveyttä, eikä täysin eristäytyneenä sen takia kannata oleilla pitkiä aikoja. Muun muassa yksinasuville on hyödyllistä pitää esi-

merkiksi musiikkia päällä aika-ajoin. Rauhoittava ja rentouttava musiikki on kaikin puolin hyödyksi mielialahäiriöistä kärsiville henkilöille. Pehmeän ja rauhallisen musiikin on todettu suuntaavan potilaan huomion muualle hänen päällimmäisistä ongelmistaan, jolloin potilas voi keskittyä uudelleen hänelle annettuihin tehtäviin. Jos ympäristöön panostettaisiin kokonaisuudessaan enemmän, ihmisen yksinäisyyden tunne ja muun muassa stressin kokeminen vähenisivät. Potilas hyötyy kuitenkin ympäristön hyödyistä eniten, jos vallitseva vuorovaikutussuhde hoitajan ja itse potilaan välillä on vahva ja luottamuksellinen. (Cummings, Grandfield & Coldwell. 2010.)

Ympäristöä suunniteltaessa korostuu etenkin se, että potilaan rajoittamista pitäisi pyrkiä vähentämään kaikin keinoin. Ympäristössä tulisi myös korostua turvallisuus, jolloin esimerkiksi sairaalat ottavat itse huomioon lakiin sidotut niin sanotut turvastandardit. Liian kolkot ja tavaroiltaan karsitut ympäristöt tai huoneet saattavat helposti luoda potilaan näkökulmasta epämukavan ja jopa rangaistuksi tulemisen mielikuvat. Mielialahäiriöitä helpottavat niinkin yksinkertaiset keinot, kuin seinien maalaaminen miedoilla väreillä ja värisävyillä. Lisäksi on todettu, että seinämaalaukset meri- tai luontonäköalalla helpottavat esimerkiksi stressin kokemista. Miellyttäviin ja mukavan tuntuisiin huonekaluihin tulisi myös panostaa enemmän. Kaiken kaikkiaan on havaittu, että usein vähemmän ajatellut keinot huoneiden paremmasta äänieristyksestä ja potilaiden rohkaiseminen aromaterapiaan esimerkiksi nykyaikaisten huonetuoksujen myötä ovat mielenterveyttä edistäviä keinoja. Tuoksuja sisältävässä aromaterapiassa hyvä ilmanvaihto on tärkeää. Potilaan ajatusten suuntaaminen muualle myös stressipallon avulla on hyödyllistä. (Cummings, Grandfield & Coldwell. 2010.)

Kaiken kaikkiaan ympäristöön liittyen huoneen suunnittelussa on otettava huomioon esteetön kulkeminen sijoittelemalla muun muassa ovet suunnitellusti. On havaittu, että miellyttävä, rauhoittava ja turvallinen huone voi myös sijaita erillään varsinaisesta hoituhuoneesta, kuten on joissakin edistyneissä ulkomaalaisissa yksiköissä. Tällöin mielialahäiriöistä kärsivä potilas voi mennä ennen tapaamisen alkua hetkeksi kyseiseen huoneeseen rauhoittumaan ja keräämään ajatuksia. Tarkasteltaessa varsinaisesti terapeutin huoneen väritystä on syytä huomioda, että ylipäänsä vaaleat sävyt ovat mielenterveyttä edistäviä, kuten vaalean siniset seinät. Positiivisuutta symboloivista väreistä esimerkiksi sininen stimuloi parasympaattista hermostoa vähentäen verenpainetta, auttaen keskittymään ja rauhoittaen. Valkoinen puolestaan stimuloi melatoniinin ja melatoniinin esiasteen serotoniinin tuotantoa aivoissa. Sitä vastoin esimerkiksi vihreä on puhdistava väri, jota käytetään shokkitilanteissa ja kivunhoidossa, kun taas ruskeal-

la autetaan niin sanotusti pitämään jalat maassa. Näiden lisäksi valaistuksesta on havaittu puolestaan, että hyvä valaistus on potilaille eduksi. Valot eivät saisi kuitenkaan olla kyseisessä huoneessa liian kirkkaat, vaan säädettävissä olevat sopivasti ja tarvittaessa hieman himmennetyt valot. On todettu, että näillä keinoin rakennetussa terapeuttisessa huoneessa, joka on verrattavissa esimerkiksi psykiatriseen poliklinikkahuoneeseen, ainakin muun muassa stressi ja ahdistus vähenevät merkittävästi. (Cumings, Grandfield & Coldwell. 2010.)

3.2 Tarkempaa tietoa värien symboliikasta

Tarkemmin sanottuna ihmiset yhdistävät joitakin värejä samoihin asioihin kulttuurista riippumatta. On kuitenkin poikkeuksia, kuten luterilaisessa uskonnossa valkoinen liitetään häihin ja ristiäisiin eli niin sanottuun iloiseen ja puhtaaseen merkitykseen. Sitä vastoin esimerkiksi Australiassa valkoinen yhdistetään hautajaisiin ja suruun. Värien merkitys ei aina eri maalaisilla ihmisillä kohtaa. Sen takia mielenterveyspotilaan hoitoympäristöä suunniteltaessa on hyödyllistä ajatella ympäristö potilaiden silmin. Potilailla on monesti muun muassa ahdistunut, masentunut ja sekavan levoton olotila. On sanomattakin selvää, että jos ympäristö olisi painottunut sekavan voimakkaisiin väreihin, niin silloin värityys vaikuttaisi potilaiden mielialaan. Osoitetun lähteen teologian tohtori oli esimerkiksi koko elämänsä kiinnostunut värien merkityksestä. Värit ovat kokonaisuudessaan hyvin kiinnostava aihealue. Lähteen teoksessa kerrottiin paljon värien merkityksistä historiassa. Sen lisäksi hakemissamme tiedonhauissa väreihin liittyvät merkitykset olivat melko samanlaiset lähteestä riippumatta. Kokonaisuudessaan hoitoympäristöjen on palveltava parhaalla mahdollisella tavalla ihmisiä kulttuurista riippumatta. Siitä syystä on erittäin tärkeää, että värien merkitys on pääsääntöisesti sama eri kulttuureissa. (Ylikarjula. 2014.)

Kaiken kaikkiaan väreistä valkoinen mielletään etenkin suomalaisuudessa liittyväksi talveen eli puhtauteen ja myönteisyyteen. Valkoinen on monissa kulttuureissa myönteisten rituaalien väri. Muutamissa kulttuureissa valkoinen liitetään myös kuolemattomuuteen ja pyhyteen. Valkoinen toistuu myös hoitoympäristöissä vahvasti. Mielenterveyspotilaan hoitoympäristössä tulisi olla valkoista jo pelkästään valoisuuden takia. Valkoinen heijastaa valoa, millä on positiivinen vaikutus mieleen. Hoitotila tuntuu suuremmalta, eikä lisää ahdistusta, jos värit ovat maltillisia. Sitä vastoin sininen väri kuvaa etenkin luottamusta, rauhaa, turvallisuutta ja järjestystä. On todettu, että ihmiset puhuvat hiljempaa ja he ovat rentoutuneempia sinisessä huoneessa. Sininen on kaikin puo-

lin optimaalinen väri mielenterveyspotilaan hoitoympäristöä ajatellen. Sinisen sävy ei saisi olla tumma, koska tumma pienentäisi tilan tuntua. Voimakas sininen voi myös provosoida esimerkiksi ahdistuksen tunnetta. Sinisen on todettu myös poistavan stressiä, joka on mielenterveyspotilaalle erityisen tärkeää. (Ylikarjula. 2014.)

Toisaalta esimerkiksi vihreä väri yhdistetään monessa kulttuurissa luontoon, kasvuun ja kevääseen. Vihreällä värillä on myös rauhoittava vaikutus. Monet leikkaussalit ovat väriykseltään vaaleanvihreitä, koska se rauhoittaa potilasta pelottavassa tilanteessa. Historiassa vihreän on koettu parantavan ja sitä on käytetty Egyptissä aikoinaan valon muodossa hoidettaessa sairaita. Sen takia pienikin viherkasvi huoneessa kohottaa jo mieltä. Vältettävien värien listalla on esimerkiksi musta, joka monessa kulttuurissa yhdistetään suruun, kuolemaan, epätoivoon, pimeään ja sitä kautta pelkoon. Musta saa myös tilan tuntumaan ahtaammalta, jonka vuoksi potilas saattaisi ahdistua enemmän. Mustaa tulisi optimaalisessa hoitoympäristössä välttää juuri näiden merkityksien vuoksi, koska tavoitteenamme on luoda potilaassa päinvastaisia ja positiivisia tunteita. Näiden lisäksi punainen on hyvin voimakas väri. Sen merkityksiin kuuluu kuitenkin iloa, onnea, valtaa ja rakkautta. Punainen saattaa kuitenkin luoda potilaassa provosoivia tunteita ja näin ollen edesauttaa huonoa olotilaa. (Ylikarjula. 2014.) Usein potilaat myös toivovat esimerkiksi sairaalan ympärille puistoa tai sellaista luontoa, joka houkuttelee ulkoilemaan. (Hutu. 1994.)

4 Psykiatrian tarve yhteiskunnassa

Nykyisin psykiatrinen sairaus tai mielenterveyden häiriö on muuttunut yhä enemmän pelätystä pahan veren ja perimän oireilusta avoimemmaksi ja helpommin hoidettavaksi tilaksi, jonka ei ajatella käytännössä poikkeavan enää muista ihmiskehon vaivoista edes sen herättämien voimakkaiden tunteiden perusteella. Mielen häiriöt ovat nykyisin vakiintuneet muiden sairauksien kaltaisiksi, mutta psykiatrian ja psykiatrisen hoitotyön näkökulmasta perusajatuksena voidaan edelleen pitää sekä lääkäreiden, että sairaanhoitajien kannalta olettamusta arvokkaan keskusteluajan antamisesta potilaalle. Kuunnelluksi tulemisen kokemus on potilaalle tärkeää. Kun esimerkiksi sisätautipotilaan keskimääräinen lääkärikäynti kestää kymmenisen minuuttia, psykiatrisen lääkärin tai erikoissairaanhoitajan vastaanotto sitä vastoin kestää keskimäärin jopa yli 40 min. Potilas saa purkaa huoliaan luottamuksellisesti, sillä onhan psykiatrisen hoitotyön keskiössä molemmipuolinen lääkäri/erikoissairaanhoitaja-potilas-vuorovaikutussuhde. Yksinkertais-

tettuna potilaalle annettava apu koostuu usein muun muassa tehokkaista yhdistelmähoidoista, kuten psykoterapiasta ja lääkehoidosta. (Shorter. 2005, 381-383.) Hoitomuodoista kerrotaan tarkemmin myöhemmin opinnäytetyössä.

5 Mielenterveyshoitotyön ja hoitotyön ympäristön historiaa

Mielenterveyttä tai ehkä enemmän mielensairautta on opittu ymmärtämään vasta 1800-luvun jälkeen lääketieteen nimissä. Ennen lääketieteen ilmaantumista mielialapuolelle, on ollut monenlaisia uskomuksia mielenterveysongelmille. Esimerkiksi antiikin kreikassa mielenterveysongelmia pidettiin lähinnä jumalten tuomina rankaisuina ja demonien kiusaamisena. Tällöin hoitomuotona toimi uskonto ja siihen liittyvät rituaalit. Lääketieteen hiljalleen kehittyessä (500-luvulla eaa. eli ennen ajanlaskun alkua) katsottiin elimistön neljän nesteen: liman, veren, keltaisen ja mustan sapen tasapainon järkkymisen aiheuttavan sairauksia. Esimerkiksi liika keltainen sappi johti maaniseen raivoon ja liika musta sappi taas melankoliaan. Hoitoina näihin käytettiin oksennuttavia aineita, ulostuslääkkeitä ja verenvuodatusta. Aristoteles puolestaan (384-322 eaa.) toi näkemyksensä siitä, mikä merkitys torjutuilla tunteilla ja intohimojen purkamisella oli mielenterveyden kannalta. Hän suositteli hoitomuodoksi viiniä ja musiikkia. Antiikin kreikassa mielenterveysongelmat miellettiin ruumiillisiksi sairauksiksi. Mielisairaita varten ei tähän aikaan ollut hoitopaikkoja, vaan hoito jäi läheisten vastuulle. Potilaita halveksuttiin ja pilkattiin. (Hyvönen, J. 2008.)

Keskiajalla sairauksien aiheuttajana ajateltiin pääsääntöisesti syntejä ja sairaudet tulivat näistä rangaistuksiksi. Keskiajalla uskonto vallitsi maailmassa ja lääketiede melkein taantui. Tällöin ajatusmaailmaa hallitsivat kirkonopettajat. Heidän mukaansa mielisairaudet olivat demonien aiheuttamia ja parannuskeinoina käytettiin rukouksia tai pyhiämyksiä. Noituus nosti päätään myös keskiajalla ja noituutta harrastettiin yleisesti. Katsottiin, että nämä noituutta harrastavat ihmiset ryhtyivät vapaaehtoisesti yhteistyöhön demonien kanssa. Myöhemmin Aristoteleen oppi ja kristinusko yhdistettiin. Tämän uskomuksen mukaan mieli ei voinut sairastua jumalallisen alkuperänsä vuoksi, jolloin mielisairauksien syntyä pidettiin pakosti somaattisen järjen häiriönä. Häiriöitä saattoivat aiheuttaa muun muassa voimakkaat intohimot, myrkytystilat tai pahat henget. Yliluonnollisia voimia, rukouksia ja pyhiinvaelluksia pidettiin ensisijaisina parannuskeinoina sairauksille. (Hyvönen, J. 2008.)

Nämä toiminnot eivät tuoneet parannusta, joten turvauduttiin oksennuttamiseen, suolentyhjennykseen ja suoneniskentään. Apua sairauksien parantamiseen oli mahdollista saada papeilta, lääkäreiltä ja kansanparantajilta. Keskiajalla munkit ja luostarit auttoivat myös sairaita, heikkoja ja avuttomia. Heitä varten olivat niin sanotut pyhänhengen huoneet, jotka tarjosivat turvapaikan sairaille. Pariisiin vuonna 556 rakennettu tämän kaltaisen paikka muuttui kokonaan mielisairaalaksi. Pyhänhengenhuoneita syntyi ympäri Eurooppaa. Esimerkiksi Granadaan rakennettu mielisairaala vuonna 1365 oli hoidoiltaan jo inhimillisempi ja ymmärtäväisempi mielisairaita kohtaan. Siellä hoitomuotoina käytettiin kylpyjä, lääkkeitä, parfyymeja ja musiikkia. Lisäksi viihtyisyyteen oli panostettu, sillä ympäristössä oli puutarhoja ja suihkulähteitä. Kyseisen hoitolaitoksen perustajina olivat muslimit. Arabialaisessa kulttuurissa mielisairauden ja hengille puhumisen ero nähtiin hyvin pieneksi. Kyseinen näkemysero vaikutti siihen miten psykiatrisia potilaita kohdeltiin. (Hyvönen, J. 2008.)

Kaiken kaikkiaan 1200-luvulta lähtien Euroopassa monien kaupunkien sairaaloissa alkoi olla psykiatriset osastot. 1400-luvun loppupuolelta aina 1700-luvun puoliväliin saakka maailmassa syntyi monia uusia näkemyksiä. Tällöin kiinnostuttiin uudelleen lääketieteestä, mikä alkoi muuttaa samalla näkemystä mielenterveysongelmista. Noitavainot olivat kyseisenä aikana yleisesti käynnissä. Esimerkiksi Malleus Maleficarumin mukaan mikä tahansa psyykkinen poikkeavuus saattoi olla merkinä noituudesta. Käytännössä tuolloin saatettiin jopa pohtia noituutta harrastavien ihmisten olevan vain psyykkisistä ongelmista kärsiviä. Aiheesta on tehty myös joitakin tutkimuksia. Kokonaisuudessaan uskonpuhdistuksen myötä mielenterveyspotilaita kuitenkin pidettiin silti epäinhimillisissä olosuhteissa ja laitosmaisissa säilytyspaikoissa, minne potilaita kahlittiin. Rauhoituskeinoina käytettiin muun muassa ruoskimista. Lisäksi mielisairaita pidettiin niin sanottuina narreina yleisölle, jolloin heiltä oli käytännössä viety ihmisarvo. (Hyvönen, J. 2008.)

Renessanssi -ajan hoitomuotoja olivat esimerkiksi potilaan pään veden alla pitäminen niin kauan, että "Misere"-niminen rukous oli luettu loppuun. 700-luvulla muun muassa psykoosin hoitoon käytettiin äärimmäisiä keinoja, kuten aiheutettiin potilaalle tahallisia kouristuksia. Lisäksi tuolloin kokeiltiin hoitomuotoina verensiirtoja eläimiltä ihmiseen, sekä kärsimyksen aiheuttamista nälän- tai janontunteen avulla. Kärsimyksen aiheuttaminen hoitomuotona oli todennäköistä, koska syntien ajateltiin liittyvän mielenterveysongelmien syntyyn, jolloin jotain täytyi tehdä sovittaakseen synnit. Ruoskiminen, kuristaminen ja pelontunteen luominen potilaaseen loi uskomuksen siitä, että henkilökunta

ajaisi pahan hengen ulos kehosta ja parantaisi siten sairauden. Lisäksi kehitettiin pyörivä sänky, jota pyöritettiin niin kauan, että potilaan pää täyttyi verellä. Sen seurauksena silmiin tuli sidekalvon alaisia verenvuotoja. Pakkoseisomista samassa asennossa käytettiin myös. Kokonaisuudessaan potilaille tehtiin edellä mainittujen lisäksi esimerkiksi säikähtämishoitoja. Hoitomuodossa potilas laitettiin veneellä yksin vesille, jossa vene rikkoutui yllättäen saaden aikaan terapeuttisen säikähdysten. Hoidot saivat potilaissa aikaan voimakasta aggressiota. (Hyvönen, J. 2008.)

Muutoksen tuulia tuli monesta suunnasta uusien lääkärisukupolvien mukana, jotka uskoivat parannusmahdollisuuksiin. Yksi historiaan jäänyt psykiatrian merkkihenkilö Philippe Pinell loi psykiatrisille potilaille mukavamman paranemisympäristön siten, että heitä kohdeltiin enemmän ihmisarvon mukaisesti. Pinell järjesti potilaille esimerkiksi työnteoa, kuntoilua, viihdettä ja hyvää ruokaa. Hän järjesti myös säännölliset tapaamiset hoitohenkilökunnan kanssa. Pinell panosti niin kutsuttuun moraaliseen hoitoon, jossa potilaille opetettiin kunnollisesti käyttäytymisen tavat. Moraalisessa hoidossa potilaiden asiattomat käytökset ja sanomiset jätettiin huomiotta. Pinell hylkäsi kaikki vanhat uskomukset, kuten ruumiin nesteiden tasapainon vaikutuksen kehon psykiatriseen puoleen. Hän loi uuden ajatusmallin siitä, kuinka perinnöllisyys ja ympäristö ovat merkityksellisiä mielenterveyden kannalta. (Hyvönen, J. 2008.)

Loppuen lopuksi hoitoihin yhdistettiin Pinellin oppilaan toimesta terapeuttinen yhteisö, jossa potilaat ja henkilökunta elivät melko tasavertaisina terapeuttiseksi suunnitellussa ympäristössä. Näistä ajoista eteenpäin potilaiden itsehallinnan, itsekurin, itsetunnon ja keskittymiskyvyn kehittämistä pidettiin todella tärkeinä toipumisen kannalta. Kaiken kaikkiaan 1850-1900 -luvulla hoidossa alkoi näkymään psykoterapiaa. Hoitoina käytettiin kuitenkin myös huonompia keinoja, kuten malarian aiheuttamaa kuumetta, insuliinishokkeja ja kouristuskohtauksia. Lisäksi esimerkiksi sähköshokkihoito ja lobotomia olivat yleisiä hoitomuotoja. (Hyvönen, J. 2008.) Puolestaan ensimmäiset antipsykoottiset lääkkeet tulivat edellä mainittujen hoitomuotojen ohelle markkinointiin 1950-luvulla, jolloin lobotomian käyttö hoitomuotona väheni huomattavasti. Ensimmäisiä psykiälääkkeitä olivat muun muassa klooripromatsiini, meprobanaatti ja ipromiatsidi. (Rossi, L. 2013.)

Kokonaisuudessaan vuosisatojen ajan mielenterveyspotilaiden hoito kuului läheisille ja perheille. Mikäli potilaalla ei ollut läheisiä hänet suljettiin sairastuneena lukkojen taakse ja kahlittiin tarvittaessa. Kaiken kaikkiaan psykiatrian ymmärtäminen on alkanut lääke-

tieteessä melko myöhään ja potilaita on kohdeltu kaltoin. Hoitoympäristöinä muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta on toiminut pimeät ja ahtaat tilat, joissa potilaita on pidetty kahlittuina ja erittäin huonosti kohdeltuina. Mielenterveysongelmia pidettiin monesti parantumattomina. Vakavista häiriöistä kärsivät saattoivat viettää elämästään useamman vuoden tai jopa useamman kymmenen vuoden kahlittuna lukkojen takana. Ensimmäiset mielisairaalat olivat suunniteltu niin, että sisäpuolella oli mahdollisimman huono päästä liikkumaan. Väliseiniä rakennettiin paljon, jotta potilaita olisi helpompi valvoa ja turvallisuus lisääntyisi. Lisäksi valvonta on kautta aikojen tapahtunut rakennuksien ulkopuolelta. (Hyvönen. 2008.)

6 Näkökulmia mielenterveydestä

Ihmisen mielenterveys on pohjimmiltaan kaiken hyvinvoinnin ja toimintakyvyn perusta. Mielenterveys on erityinen osa kokonaisterveyttä. Se on hyvin tiiviissä yhteydessä fyysisen terveyden kanssa. Käsitteenä mielenterveys on laaja, sillä siihen kuuluu sekä erilaiset mielen häiriöt että positiivinen mielenterveys. Tervettä mieltä voidaan kuvailla muun muassa ilmaisuilla tasapainoinen, normaali ja toimintakykyinen. Lääketieteessä on jo hyvin pitkään mielenterveyden erityinen kriteeri ollut nimenomaan mielisairauden puuttuminen. Voidaan siis todeta, että mielenterveys on erottamaton osa kansanterveyttä. Mielenterveyden käsite sisältääkin eri ulottuvuuksia, joita ovat psyykinen, sosiaalinen, fyysinen ja henkinen ulottuvuus. Viime vuosikymmenten aikana on kuitenkin käytetty yhä enemmän niin sanottua holistista eli mielenterveyden kokonaisvaltaista tarkastelutapaa. Ihmisen mielenterveys kehittyy läpi elämän ja se on jatkuvassa vuorovaikutuksessa yksilön ulkoisten ja sisäisten tekijöiden kanssa. Mielenterveyden jatkuvaan kehittymiseen vaikuttaa hyvin paljon esimerkiksi kasvuolosuhteet, sosiaalinen konteksti eli sosiaalinen tuki ja ympäristö. Ihmisen läheiset ja ystävät ovat myös osa terveen mielen kehittymistä. Paljolti henkilöstä itsestään riippuvat tekijät, kuten fyysinen terveys, biologiset ja muut yksilölliset tekijät ohjaavat myös mielen kulkua. Kokonaisuudessaan myös suuremmat tekijät, kuten kulttuuri, arvot ja koko yhteiskunta määrittelevät jokaisen ihmisen mielenterveyden perustaa jo hyvin varhaisesta lapsuudesta asti. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta. 2014, 10.)

Keskeisenä osana kokonaisterveyttä ja mielenterveyden voimavarana on jo edellä mainittu positiivinen mielenterveys. Positiiviseen mielenterveyteen voidaan lukea kuuluvaksi jokaisen ihmisen toimintakyvyn osa-alueet ja erilaiset yksilölliset ominaisuudet,

kuten selviytymistaidot, kyky vaikuttaa omaan elämäänsä ja kokemus omasta hyvinvoinnista. Lisäksi jokaisen ihmisen yksi tärkeimmistä yksilöllisistä ominaisuuksista on itsearvostus ja oman minäkuvan hyväksyminen. Kaiken kaikkiaan positiivisen mielen-terveyden toimintakyvyn tärkeisiin osa-alueisiin kuuluu myös ihmissuhteiden ylläpitäminen, henkinen kestävyys vaikeuksia kohdattaessa, sekä ihmisen kyky tehdä työtä. Suureen merkitykseen positiivinen mielenterveys nousee etenkin, kun kyse on kyvy-stämme tulkita ja ymmärtää ympäristöä. Kaiken kaikkiaan mielen positiivisuus auttaa ihmistä sopeutumaan ja muuttamaan elinympäristöään, mutta myös edistää elämän mielekkyyden kokemusta ja ylipäänsä toimimista yhteiskunnan aktiivisena vaikuttajana. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 10-11.)

Eräänä näkökulmana mielenterveyteen voidaan nähdä niin sanottu funktionaalinen mielenterveyden malli. Se muodostuu osatekijöistä, jotka vaikuttavat joko mieltä edis-tävästi tai erilaisille ongelmille altistaen. Funktionaalisessa mallissa altistavat tekijät ovat positiivista mielenterveyttä edistäviä tai vastaavasti mielenterveysongelmien riski-tekijöitä. Altistavat tekijät voivat olla fyysisiä, psykologisia, sosiaalisia, erilaisia ympäris-tötekijöitä tai biologisia. Altistavista tekijöistä esimerkkinä työllisyystilanne voi hetkestä riippuen olla hyvä, jolloin siitä saadaan tukea arjen jaksamiseen. Toisaalta työllisyysti-lanne voi olla myös huono, jolloin se saattaa olla riskitekijänä mielenterveyshäiriöille. Laukaisevia tekijöitä ovat puolestaan stressiä aiheuttavat tilanteet ja elämäntapahtu-mat, joiden takia positiivinen mielenterveys järkkyy. Vakava sairastuminen luetaan var-sinaisesti laukaiseviin tekijöihin. Kokonaisuudessaan laukaisevat tekijät ovat askeleen lähempänä varsinaisia seurauksia, kuin altistavat tekijät. Altistavat tekijät ovat usein paljon pidempiaikaisia kuin nopeasti iskevät laukaisevat tekijät, kuten äkilliset toiminta-kyvyn muutokset. Altistavien- ja laukaisevien tekijöiden, sekä mielenterveyden ja sosi-aalisen kontekstin vuorovaikutuksen joko edistävästä tai ongelmille altistavista tekijöistä riippuen syntyy aina seurauksia. Ne voivat olla parhaimmillaan esimerkiksi yhteiskun-nan palvelujen käytön parantumista ja tuottavuuden kasvua, kun taas toisaalta seu-raukset voivat olla myös pahimmillaan vakavaa mielenterveyshäiriöiden oireilua ja esi-merkiksi henkilön omien tietojen ja taitojen taantumista. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 11-12.)

Niin sanottu haavoittuvuus-stressimalli on myös yksi kätevä näkökulma mielentervey-destä. Sen mukaan jokainen yksilö kokee arjen tapahtumat ja erilaiset kriisit hyvin yksi-löllisellä tavalla. Luonteenomaisen reagoimisen lisäksi tapahtumien käsittelyyn vaikut-tavat henkilön aikaisemmat elämäkokemukset ja niistä selviytyminen. Usein mielen-

terveysongelmien taustalla ovat mieltä suojaavien tekijöiden ja ongelmille altistavien tekijöiden pidempään jatkuneet epätasapainot, jotka sitten vaikuttavat ihmiseen radikaalisti hänen yksilöllisessä elämäntilanteessaan. Esimerkiksi ihmisen stressinsietokyky on tällöin alentunut. Suojaavia tekijöitä ovat muun muassa hyvät ihmissuhteet ja ongelmanratkaisutaidot. Kokonaisuudessaan psyykkisellä haavoittuvuudella tarkoitetaan yleensä rakenteellista, joko perittyä tai synnynnäistä taipumusta ja alttiutta reagoida stressiin nimenomaan tietyillä psyykkisillä oireilla. Kaiken kaikkiaan haavoittuvuusstressimallia on jo pidemmän aikaa käytetty apuna mielenterveyden häiriöiden tutkimisessa ja hoidossa. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 12.)

7 Tietopohjaa mielenterveydelle

7.1 Yleistieto-osio

Lyhykäisyydessään erilaiset mielialahäiriöt ovat tavalla tai toisella ihmisten tunne-elämän häiriöitä. Esimerkiksi surua saattaa olla vaikea erottaa masennuksesta, jossa ihminen jähmettyy ja taantuu arkielämästä kyvyttömänä käsittelemään tunteitaan. Surutyössä ihminen kuitenkin etenee elämässään jatkuvasti työstäen ongelmiaan. Voidaan sanoa, että lievimpiin mielenterveyshäiriön muotoihin ei useinkaan liity minkäänlaisia aisti- tai harhaluuloja. Häiriöt voivat vaihdella melko oireettomasta masennuksesta aina vakavaan ja henkilön lamaavaan hoitoa vaativaan masennukseen, johon saattaa liittyä psykoottistasoisia oireita ja harha-aistimuksia. Masennusta sairastavien henkilöiden aivojen välittäjäainetuotanto on normaalista poikkeava. Masennus saattaa myös kehittyä edelleen masennuksen ja manian eli kiihkeän aktiivisuuden vuorotteluun. Mielialahäiriöistä esimerkiksi juuri masennusta diagnosoidaan eniten myöhäisessä keski-iässä. Lisäksi erityisesti nuorilla naisilla voidaan havaita masentuneisuuden lisääntyneen viimevuosina. Kaiken kaikkiaan kuka tahansa ja kaikenikäiset voivat sairastua eritasoihin mielenterveyshäiriöihin. (Vilkko-Riihelä & Laine. 2013, 140.)

Tarkemmin tarkasteltuna psyykkisen sairauden muotoa, jossa havaitaan masennuksen ja manian vuorottelevan melko säännöllisesti, kutsutaan ammattikielellä kaksisuuntaiseksi eli bipolaariseksi mielenterveyshäiriöksi. Psykoosi on puolestaan aina luokiteltava vaikeaksi bipolaariseksi mielialahäiriöksi, jonka oireet ovat pitkäkestoisia sairastuneelle, sekä läheisille ihmisille jopa vaarallisia. Psykoosissa todellisuudentaju hämärtyy

ja siihen sairastuneella ihmisellä esiintyy usein erilaisia aistiharhoja eli hallusinaatioita, kuten haju-, kuulo- tai näköharhoja. Lisäksi käytöshäiriöitä saattaa aiheuttaa harhaluulot eli deluusiot. Psykoosin ohella toisessa yleisessä mielialahäiriössä skitsofreniassa esiintyy myös todellisuudentajun vääristymiä pitkäkestoissa eri sairauden vaiheissa. Skitsofrenia puolestaan enemmän vääristää ajattelua, samalla heikentäen myös enemmän muistia ja keskittymiskykyä. Siinä ajattelun häiriöt näkyvät usein outoina ajatusyhdistelminä, kuten koirasta saattaa tulla mieleen joulupukki. Lisäksi tunne-elämä, puhe ja liikunta saattavat jumiutua esiintyen esimerkiksi sekavana toisteluna, ylikiihtymisenä tai välinpitämättömyytenä. Vaikeista häiriöistä poiketen kokonaisuudessaan yleisin mielialahäiriö eli masennus voi ilmaantua ilman esimerkiksi maanista vaihetta. Pelkästään maniaan sairastuminen on puolestaan kuitenkin harvinaista. Kirjallisuudesta voidaan havaita, että on myös olemassa henkilöitä, joille on normaalia pitkään kestävä mielen epävakaisuus. Mielialan aaltoiluhäiriöstä puhutaankin silloin, kun lievät mielialan kohoamisjaksot ja masennuskaudet vuorottelevat säännöllisesti. Helposti sekaantuvat mielialahäiriöt kannattaa antaa ammattilaisen diagnosoida ja erotella toisistaan oikean hoitomuodon valinnan takia. (Vilkko-Riihelä ym. 2013, 140-155.)

7.2 Nykyaikaiset hoitomuodot mielenterveyshoitotyössä

Lääkehoidolla on sekä yksin että yhdistelmähoidoissa suuri merkitys potilaan elämänlaadun parantumiselle ja kuntoutukselle. Erilaisia psyykkisiä häiriöitä hoidetaan nykyisin hyvin osaavasti moderneilla psyykenlääkkeillä eli niin sanotuilla psykoaktiivisilla lääkkeillä. Ne vaikuttavat erityisesti aivojen välittäjäaineisiin monihaaraisten hermosolujen synapseissa. Psyykenlääkkeillä on tehokkaita vaikutuksia kokonaisvaltaisesti potilaan ajatteluun, käyttäytymiseen ja tunteisiin. Vaikutukset alkavat yleisesti muutamien viikkojen kuluessa lääkkeen käytön aloituksesta. Normaalisti lääkitys aloitetaan hyvin asteittain, jotta yksilölliset sivuvaikutukset ja lääkeannoksen tehokkuus selviäisivät. Yhdistelmähoidoilla eli lääkityksen ohella annettavasta psykoterapiasta on saavutettu parhaita hoitotuloksia. Kaiken kaikkiaan esimerkiksi pelko- ja ahdistustiloissa käytetään yleensä erilaisia rauhoittavia lääkkeitä. Niiden vaikutus kohdistuu aivojen tärkeimpään hermovälittäjäainejärjestelmään niin sanottuun GABA- eli gamma-aminovoihappojärjestelmään vähentäen muun muassa lihasjännitystä. Sivuvaikutuksina saattaa olla esimerkiksi väsymystä tai keskittymiskyvyn ongelmia. Pitkäaikaiseen käyttöön rauhoittavat lääkkeet eivät sovellu. Masennustiloissa käytetään yleisesti puolestaan mielialaa kohentavia niin sanottuja antidepressiivisiä lääkkeitä, joiden vaikutus kohdistuu välittäjäainejärjestelmässä erityisesti noradrenaliinin ja serotoniinin tuotantoon. Ongelmana

esimerkiksi masennuslääkkeissä on yleensä se, että potilaat lopettavat käytön liian aikaisin olon helpottaessa, jolloin oireet saattavat uusia. Lääkkeet pitäisikin lopettaa vähitellen. Lisäksi vaikeiden psykoosien ja skitsofrenian hoidossa suositetaan varsinaisia psykoosilääkkeitä eli neuroleptejä, joiden säännöllisestä vaikutuksesta muun muassa harhat poistuvat nopeasti. Neuroleptien myötä aivojen dopamiini- välittäjäaineen ihmistä kiihdyttävä vaikutus vähenee. Kaiken kaikkiaan jatkuvasti on kehitteillä yhä uusia lääkkeitä, joiden sivu- ja riippuvuusvaikutukset ovat vähäisempiä, kuin ennen. (Vilkko-Riihelä ym. 2013, 162.)

Lääkehoidon ohella on olemassa myös muita keinoja hoitaa mielenterveyshäiriöitä. Esimerkiksi hyvin vaikean masennuksen hoidossa on lääketieteessä saavutettu suurta apua tänäkin päivänä psykiatrisesta sähköhoidosta, joka pohjautuu aivojen hermosolujen sähköiseen ärsytykseen. Hoitomuodon myötä hermovälittäjäainejärjestelmissä tapahtuu positiivisia ja yksilöllisiä muutoksia. Kyseiset aivomuutokset eivät kuitenkaan tutkimusten valossa ole pysyviä tai haitallisia. On havaittu, että lähes kaikki vaikeata depressiota sairastavat hyötyvät sähköhoidosta, jonka yksi hoitajakso kestää muutamman viikon. Hoitotakson aikana nukutuksessa toteutettavaa sähköstimulaatiota annetaan keskimäärin 6-10 kertaa. Sähköstimulaation aikaisempi huono maine juontaa juurensa etenkin ilman nukutusta annetuista hidoista. Kaiken kaikkiaan esimerkiksi masennusta on hoidettu positiivisilla hoitotuloksilla myös sarjoittaisen aivojen magneettihoidon avulla, jossa nykyisinkään nukutusta ei tarvita turvallisuutta menettämättä. (Vilkko-Riihelä ym. 2013, 163.)

Kokonaisuudessaan nykyisin suositetaan myös laajaa luokkaa terapeuttisista hoitomuodoista. Psykososiaalinen tuki tuetun asumisen ja kotipalvelujen myötä, sekä esimerkiksi vuorovaikutukseen perustuva psykoterapia ovat nykyisin lääkkeettömissä hoito- ja tukimuodoissa vahvasti painotettuja kuntoutuksen edistämiseksi. Psykoterapiassa psyykkisiä häiriöitä, kuten ahdistuneisuutta hoidetaan keskustelun, ryhmätoiminnan ja erilaisen ohjauksen avulla. Psykoterapian tarkoituksena on lievittää potilaan häiritseviä oireita ja puolestaan lisätä potilaan toimintakykyä. Siinä autetaan potilasta muuttamaan ajattelua ja käyttäytymistä. Potilaan itsetuntemusta pyritään vahvistamaan muun muassa tukemalla ongelmien realistista kohtaamista niiden tiedostamisen ja ratkaisujen löytämisen myötä. Näin ollen potilas oppii käsittelemään aiemmin kieltämiään asioita. Psykoterapiamuotoja on olemassa muun muassa kriisiterapia, leikkiterapia ja musiikki-terapia. Terapiata saa harjoittaa esimerkiksi erillisen useita vuosia kestäneen koulutuksen käynyt psykiatrian erikoislääkäri. Hoitosuhteessa saattaa ilmetä muun muassa

haitallistakin transferenssia eli tunteensiirtoa, jolloin potilas saattaa suojautua uuden asian kohtaamiselta kohdistamalla esimerkiksi vihan terapeuttiin. Transferenssia saattaa tapahtua hoitosuhteissa myös sairaanhoitajille esimerkiksi mielenterveyspoliklinikoilla, jolloin potilaalla nousevat tunteet pintaan ilmentäen aikaisempia ihmissuhteita. Potilas voi esimerkiksi kokea ammattihenkilön pienet huomautukset käskyinä pohjautuen aikaisemmin komenteleviin vanhempiinsa. Tällöin seurauksena on transferenssin kautta purkautuva ja ammattilaiseen heijastuva aggressio. Suosittuna terapiamuotona on lisäksi erityisesti tapahtumien hyväksymiseen pyrkivä ja myös käyttäytymisterapiaan kuuluva mindfulness- eli tietoisuustaitomenetelmä. Kyseisessä terapiamuodossa ihminen pohtii hyväksyvästi sen hetkistä tilaansa ja kokemusta, sekä ennen kaikkea sitä, mitä tapahtuu ympärillä ja omassa kehossa. Harjoitusmuotona siihen on muun muassa jooga ja hengitysharjoitukset. Tietoisuustaidoista on merkittävää hyötyä esimerkiksi toistuvista masennuksista kärsiville henkilöille, sillä taitojen avulla kielteinen ajattelutapa opitaan pysäyttämään heti. (Vilkko-Riihelä ym. 2013, 164-165, 175-176.)

7.3 Mielialahäiriöille altistavat tekijät

Altistavia tekijöitä mielenterveyshäiriöille on monia. Mielenterveyshäiriöt ovat usein liitännäisissä laajasti sairastuneen henkilön muuhun elämään. Altistavia tekijöitä sairastumiselle ovat esimerkiksi huono taloudellinen tilanne ja köyhyys. Lisäksi alhainen koulutustaso ja sitä kautta suppeammat uranäkymät ovat riski sairastua. Sen takia mielenterveyshäiriöt ovat kasvussa esimerkiksi kehitysmaissa. (Patel. V; Kleinman. A. 2003.) Kaiken kaikkiaan riskitekijöitä sairastumiselle ovat myös huonot sosiaaliset suhteet, syrjäytyminen ja päihteiden käyttö. Jatkuvasti yhteiskunnassa kasvavat oppimisvaikeudet ovat suuri altistava tekijä sairastumiselle. Etenkin lapsilla ja nuorilla on myös perheen sisäisellä vuorovaikutuksella suuri merkitys, jolloin lapsuudessaan paljon perherii-toja tai -ongelmia kokeneet saattavat myöhemmin sairastua. Näiden ohella kiusatuksi tuleminen, väkivallan tai hyväksikäytön kohteeksi joutuminen saattavat altistaa mielenterveyshäiriöille. Kokonaisuudessaan haitallisen elinympäristön on myös havaittu altistavan sairastumiselle esimerkiksi tilanteissa, joissa ympäröivät ystävät tai sukulaiset ovat jollain tapaa mieleltään sairaita. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2014.)

7.4 Oireita

Mielialahäiriöt eli affektiiviset häiriöt ovat psykiatrisia sairaustiloja tai oireyhtymiä, joissa yleistä on mielialan pidempään kestävä muutos. Yleisellä tasolla voidaan sanoa, että muutos kestää keskimäärin vähintään kahdesta kolmeen viikkoa. Usein mielialan muutos on kuitenkin vielä pidempikestoisempi aina useisiin kuukausiin ja vuosiin saakka. Mielialan muutokseen liittyy olennaisena myös muita oireita, jolloin vertailuna esimerkiksi arjen menetyksiin liittyvät hetkelliset mielialan vaihtelut ja ohimenevä suru ovat normaaleja tunnetiloja. Liitännäisoireisiin muuttuneen pidempikestoisemman mielialahäiriön ohella voidaan todeta kuuluvaksi esimerkiksi masentuneisuuden. Yleisimpiin mielialahäiriöihin kuuluvan masennushäiriön oireita on joskus vaikea erottaa muista häiriöistä tai fyysisten oheissairauksien aiheuttamista muutoksista. Masentuneisuus ja muut masennusoireet, kuten jopa vuosia kestävä alentunut mieliala, surumielisyys, ärtyneisyys ja pessimistisyys täyttävät vähintään kahden viikon ajan yhtäjaksoisena masennustilan eli depression diagnostiset kriteerit. Mielialan alenemisen lisäksi depression kuuluu aina myös muita oireita, kuten unettomuutta, painon muutoksia, itsemurha-ajatuksia, sekä esimerkiksi ruokahaluttomuutta tai vastaavasti lisääntyntä ruokahalua. Lisäksi masennustiloihin saattaa liittyä joko toistuvia tai yksittäisiä niin sanottuja mania- tai hypomania jaksoja. Tällöin voidaan pohjimmiltaan puhua kyseessä olevan kaksisuuntaisen mielialahäiriön eli maanis-depressiivisen häiriön, jolloin mielen tunnetila on epänormaalilla tavalla pidempikestoisesti kohonnut. (Huttunen, M. 2014.)

8 Pelaaminen oppimisen osana

Pelien oppimiskäytöllä on arvostettu ja pitkä historia. Varhaisimmista selkeästi opetuskäyttöön suunnitelluista peleistä on tietoa jo vuodelta 1812. Voidaan kuitenkin olettaa monien muiden oppimista edistävien pelien, kuten shakin olleen olemassa jo paljon aiemmin. Pikkuhiljaa syntyi nykyinen pelillisen koulutuksen traditio, jossa opetuspelit kuuluvat kiinteinä osina esimerkiksi monien korkeakoulujen opetussuunnitelmiin. Oppimispelejä on olemassa niin lauta-, rooli- kuin digitaalisia pelejä. Voidaan sanoa, että peli ei opeta, eikä varsinaisesti ole enää peli, jos se on liian vakava. Opettaakseen suunniteltua sisältöä pelissä on oltava sopivasti haastavuutta, sekä riittävästi mutta ei liikaa viihdyttävyyttä. Esimerkiksi korkeakoulutasolla peleistä on vaikuttavia tuloksia etenkin syy-seuraussuhteiden ja strategisen ajattelun pohdinnan käynnistäjänä. Lisäksi yrityksien on havaittu käyttävän pelejä sekä palveluvalmiuksiensa parantamiseen, että

henkilöstönsä kehittämiseen. Pelaajan kehittyminen tapahtuu parhaiten harkitun fokuksen ja keskeisen asian huomaamattoman kertauksen avulla, johon on sopivasti yhdistetty perinteistä ja suorituskeskeistä niin sanottua Serious games -pelaamista. Kannattavinta on useissa tapauksissa hyödyntää peliä oppimisympäristönä, aiemman opitun turvallisena käytännön testipaikkana. (Harviainen, Meriläinen & Tossavainen 2014, 63-67.)

Pelillisessä oppimisprosessissa on tärkeintä, että pelaajien tekemät valinnat vaikuttavat pelin kulkuun. Pelitarinan ja ympäristön pohjalta pelaaja tekee lopulliset valintansa. Voidaan todeta, että pelimotivaation kannalta olennaiseksi muodostuu pelaajan saama informaatio edistymisestään eli menikö vastaus oikein vai ei. Palautejärjestelmän ohella yhtä tärkeäksi oppimisprosessissa muodostuu myös yhteisöllinen ulottuvuus, jossa pelaajan ympärille kehittyvä rooli saa vaikutteita paljolti myös nimenomaan toimintaympäristöstä. Pelaamalla opitaan oikeita menettelytapoja ja ratkaisumalleja toimia pelin kaltaisessa ympäristössä, sekä ymmärretään saadun kokemuksen kautta, miten jokin toimintatapa toimii. Lisäksi ymmärretään käytännön toiminnan yhteys seurauksiin ja saattuihin tuloksiin. Näinollen toiminta on kriittistä pohdiskelua, eli oppimista. Edellä mainitun kaltainen oppiminen on entistä hyödyllisempää, jos nuoriin kohdistuva pelitoiminta osallistuttaa heidät, tarkoittaen mahdollisuutta vaikuttaa siihen kulttuuriin ja toimintaympäristöön, jossa he tulevaisuudessa myös itse toimivat ja työskentelevät. Tällöin tulevaisuuden tekijöihin ja heidän toimintaan jatkossa vaikuttaa lisäksi esimerkiksi vahvasti se, millainen peliympäristö on visuaaliselta ilmeeltään ja minkälaisia ohjaustapoja se sallii vuorovaikutustilanteissa. Kaiken kaikkiaan pelikohtaisiksi teemoiksi voidaan määritellä esimerkiksi ympäristökasvatus. (Harviainen ym. 2014, 86-90.)

Kokonaisuudessaan terveysalan virtuaalisiin peleihin kuuluvat erityisesti kognitiivisia taitoja parantavat pelit, jotka tavanomaisesti liittyvät esimerkiksi kroonisten sairauksien hallintaan, liikuntaan, ammatinhallintaan ja osaamiseen. Nimenomaan terveysalan pelit voidaan jakaa tarkemmin virtuaalimaailmoihin, videopeleihin tai esimerkiksi verkostoissa saataviin online-peleihin. Lisäksi jaotteluosioina voidaan käyttää lääketieteellisiä ja erikseen terveysalan pelejä ja simulaatioita. Suurelle yleisölle tarkoitettut pelit ovat normaalisti luonteeltaan enemmänkin hyvinvoinnin edistämiseen tarkoitettuja, kun taas osa niistä on suunnattu ainoastaan ammattilaisten käyttöön ja opiskeluun. Terveysalalla valloillaan olevat perinteiset hyötypelit eli toisin sanoen serious games -pelit voidaan erottaa muista pelityypeistä varsinkin siinä, että niissä korostuvat erilainen koulutus ja tiedon välittäminen tarkoituksellisen viihtymisen sijasta. Tarkemmin tarkasteltuna pe-

laamisen ja simuloinnin eroavaisuudet ovat melko pieniä, sillä molemmat yhdistetään tietokoneavusteiseen oppimisen muotoon. Simuloitaessa jotakin ongelmaa ei yritetä kilpailla itsensä tai muiden kanssa, vaan asia koitetaan kokonaisuudessaan omaksua. Peleissä sitä vastoin tavoitellaan pisteiden keräämistä ja uusien tasojen saavuttamista. Loppuen lopuksi terveysalaa koskevissa hyötypeleissä on tarkoituksenmukaista pyrkiä hyödyntämään yleisellä tasolla visuaalisen kerronnan elementtejä, kuten yhtenä tärkeimmistä pelin toimintaympäristöä. Sen avulla pyritään osittain opettamaan pelaajaa muuten hyvin monimutkaisista asioista. Tarkasteltaessa Suomea löytyy jonkin verran myös hyödyllisiä kokeiluja terveysalan ammattilaisten kouluttamiseen, kuten yhtenä tärkeimmistä virtuaalimaailma Second Life. Lisäksi nuoret on Suomessa otettu hienosti huomioon siten, että nuorten esittämiin kysymyksiin terveydestä ja saaduista vastauksista on perustettu muun muassa Facebookiin Helsingin kaupungin toimesta niin sanottu Verkkoterkkarit- ryhmä. (Harviainen ym. 2014, 95-97.)

Pelaamisen nykypäivässä ja etenkin tulevaisuudessa puhaltavat uudet suuntaukset. Toinen toistaan kuumemmat tavat ja trendit pelata voivat jatkossa olla vielä nykyistä hyvin paljon erilaisempia, kuin mihin olemme tottuneet. Onhan kymmenisen vuotta sitten villinnyt ajatus esimerkiksi mobiilipelaamisen maailmanvalloituksesta, Nokian matopelin ohella, jo nähtyä. Samaan aikaan koukuttavan yksinkertaisen Angry Birdsin maailmanvalloitus odottaa kaltaistaan. Voidaan todeta, että erilaista tietotekniikkaa on jatkuvasti yhä enemmän saatavilla myös sellaisissa paikoissa, joissa sitä ei aluksi ajateltisi olevan, kuten vaikka hammasharjoissa. Maailma uudistuu, jolloin ympäristökin teknologisoituu, jonka seurauksena voidaan myös pelejä hyödyntää yhdessä uusien laitteiden kanssa. Pelejä saattaa lähitulevaisuudessa entistä enemmän olla myös suoraan yhteydessä esimerkiksi takin hihaan tai ranteeseen. Niin sanottu älyvaatteet ovat pikkuhiljaa löytämässä tietään kauppoihin ja vaatekomeroihimme. Vaikka kellolla tai takilla ei varsinaisesti voi pelata, tullaan niitä varmasti tulevaisuudessa hyödyntämään tavalla tai toisella pelisovellusten piirissä. (Lauha 2014, 110-113.)

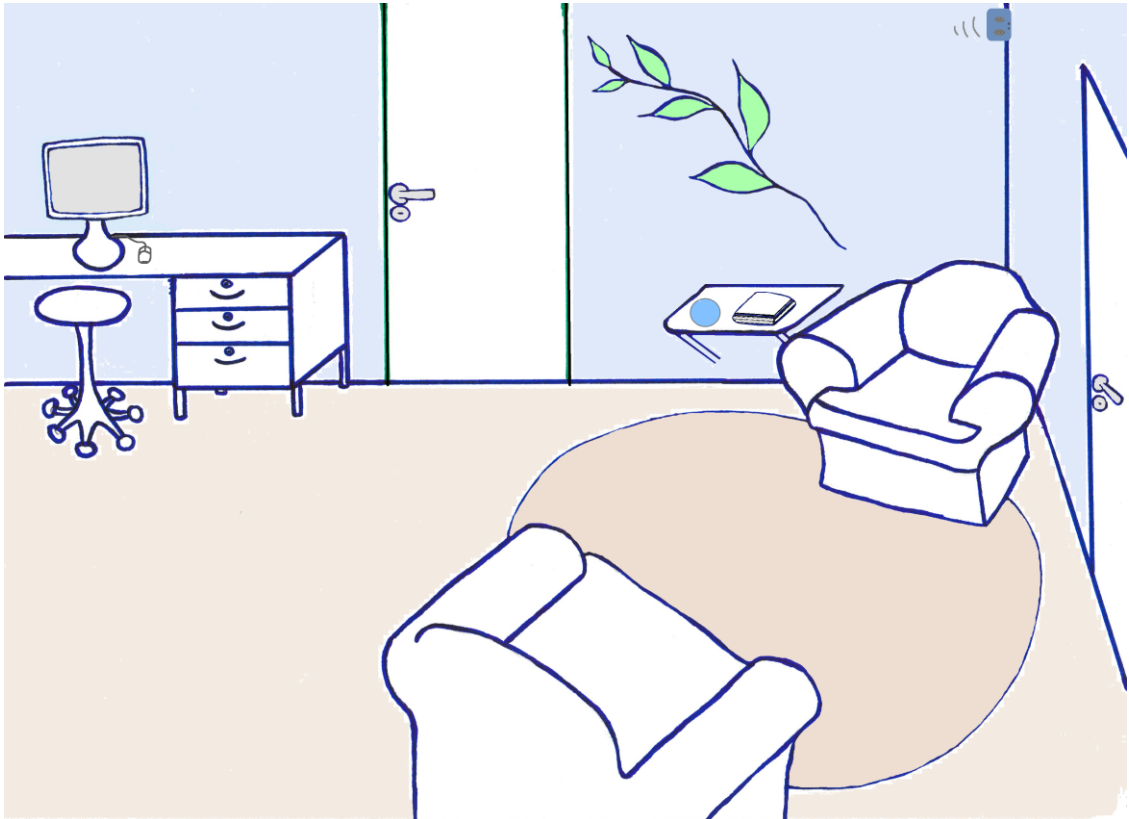
9 Opinnäytetyön toteutus ja tulos

9.1 Tulosten saaminen ja analysointi

Pääasiassa toiminnallisen opinnäytetyön työstämistä varten laadimme liitteenä olevan kyselylomakkeen, jonka toteutimme loppukeväästä 2015 mielenterveysopintojen parissa olevilla sairaanhoitajaopiskelijoilla. Kyseisellä hetkellä ryhmästä oli paikalla 14 opiskelijaa. Kyselylomakkeisiin vastaamistilanne oli jokseenkin ryhmän lehtorista ja käsitteillä olleesta aiheesta johtuen kiireinen, eikä vastaamisaikaa kyselyyn ollut juuri 5 minuuttia pidempää. Kyseiset opiskelijat eivät olleet vielä syventävässä psykiatrisen hoitotyön suuntautumisvaiheessa, vaan heillä oli meneillään perusopinnot mielenterveys- ja päihdehoitotyöstä. Samalla kun opiskelijat täyttivät kyselylomakkeita, havainnoimme heitä, kuitenkin osallistumatta mitenkään varsinaisten kyselylomakkeiden tulosten kannalta merkittäviin asiayhteyksiin. Sairaanhoitajaopiskelijoille annettiin vastaamisrauha. Havainnoinnissa huomasimme, että opiskelijat oikeasti keskittyivät ja miettivät vastauksiaan pienestä ajanpuutteesta huolimatta. Emme antaneet heille mitään tuloksiin vaikuttavia vinkkejä tai neuvoja psykiatrisen huoneen suunnittelusta. Edellä mainittu huomioiden, saadut kyselylomakkeiden tulokset ovat luotettavia ja opiskelijoiden itse miettimiä. Anonyymisti käsitelty kyselylomakkeiden tulokset koottiin satunnaisessa järjestyksessä luettavaksi. Kokosimme niistä liitteinä olevat analysointitaulukot, joissa olemme käyttäneet menetelmänä yksikönanalyysiä. Menetelmän myötä tuloksista muodostettiin erilliset sarakkeet pääluokalle, alkuperäiselle ilmaisulle ja alaluokalle. Pääluokkana toimi lomakkeissa kysytyt kysymykset. Alkuperäisiin ilmauksiin puolestaan koottiin kyselylomakkeista vastaukset, niitä mitenkään muuttamatta. Niiden pohjalta analysoitiin ja luotiin viimeiseen alaluokkaan alkuperäisistä ilmauksista pelkistetyt sanat ja ilmaukset, jotka helpottivat yksinkertaisuudessaan itse päätuotoksen eli huoneen suunnittelua.

9.2 Opinnäytetyön päätuotos

Opinnäytetyön päätuotoksen loimme sekä saatujen kyselylomakkeiden tulosten inspiroimana että aiheesta saatavan muun tieteellisen tiedon pohjalta. Aiheen muu tieteellinen tieto päätuotoksena luodun kuvan kannalta esiintyy erityisesti opinnäytetyön kappaleessa numero 3. Loppuen lopuksi voimme hyvillä mielin todeta, että päätuotoksena syntyi seuraava kehittelemämme, piirtämämme ja skannaamamme kuva.



Kuvio 1. Hypoteettinen hoituhuone psykiatrisella poliklinikalla

Yllä olevassa tuotoksessamme on kuvattu kokonaisuudessaan mielenterveyshäiriöisen mielenterveyttä edistävä ja häntä kuntouttava poliklinikkahuone. Turvallisuus ja psyykinen hyvinvointi on erityisesti otettu huomioon. Tarkemmin sanottuna kuvassa on tarpeelliset ovet keskeisillä paikoilla, jotta tarpeen tullen etenkin hoitajan nopea poistuminen tilasta esimerkiksi mahdollisen potilaan uhkaavan käytöksen takia mahdollistuu parhaimmalla tavalla. Tällöin henkilövahingoilta säästytään. Mielenterveyspotilaan usein uhkaavaa ja aggressiivista käyttäytymistä on kuvassa myös ennakoitu suunnitelmalla huonekalut pehmeiksi, vaikeasti heitettäviksi ja ei-teräviksi. Hoitajalle ja potilaalle tarkoitetut suuret, miellyttävät ja pehmeät nojatuolit kutsuvat istumaan ja rauhoittumaan. Pyöreä matto rajaa aluetta, jossa hoitaja-potilassuhde on keskeisimmillään. Huoneen kulmassa olevaan nojatuoliin ohjataan tapaamisen aluksi istumaan nimenomaan potilas, jolloin hänen ulottuvillaan on seinään kiinnitetyn turvallisen ja pyöristetyn pöydän tarvikkeet. Pöydälle on tarkoituksellisesti sijoitettu stressiä lievittävä stressipallo, jota potilas voi halutessaan puristella. Lisäksi pöydällä on tunteellisten tilanteiden käsittelyä varten nenäliinoja. Seinälle on sijoitettu rauhoittava luontoaiheinen kohokuvio, joka ei kuitenkaan täytä liian vallitsevasti ja painostavasti aivan koko seinää. Kulmassa nojatuolin yläpuolella on puolestaan tarpeen tullen rauhallista musiikkia viestit-

tävä musiikkisoitin. Lisäksi aivan huoneen vasemmalla laidalla on vain hoitajan käyttöön tarkoitetut työvälineet tietokoneen ja työpöydän kera. Työpöydän vetolaatikot on lukittavaa mallia, jolloin potilas ei pääse niihin halutessaan käsiksi. Vetolaatikoissa on muun muassa tarvittavia hoitovälineitä, kuten verenpainemittari. Kaksi ovea ovat myös tarpeen tullen lukittavia. Terapeuttisen kokonaisuuden täydentämiseksi huoneen värit on pyritty pitämään maltillisina ja sovitettu sävyiltään yhteen. Lisäksi muun muassa käytetyt värit on valittu opinnäytetyön kappaleen kolme tutkittuihin tietoihin ja kyselylomakkeiden vastauksiin pohjautuen. Kaiken kaikkiaan kyselylomakkeiden tulokset puolsivat myös suurelta osin muita ratkaisujamme kuvan esineiden suhteen.

Kaiken kaikkiaan liitteenä on viimeisillä sivuilla rinnakkaisopinnäytetyöryhmän kehittämä potilasskenaario, johon puolestaan opinnäytetyömme hypoteettinen hoituhuone optimaalisen ympäristön myötä kaikkein tärkeimpänä perustuu. Olemme kopioineet potilasskenaarion omaan opinnäytetyöhömmä heidän luvallaan, sillä siihen oma tuotoksemme nimenomaan pohjautuu. Näin ollen pelin tullessa joskus ehkä pelattavaan muotoon, potilasskenaario ja hoitoympäristö vastaisivat toisiaan ja peli olisi tuolloin eheä kokonaisuus.

10 Pohdinta

Tällä opinnäytetyöllä pyrittiin lisäämään opiskelijoiden tietoa ja osaamista mielenterveyden laajasta aihealueesta. Hypoteettisen psykiatrisen poliklinikkahuoneen tarkastelun avulla opiskelija oppii muun muassa kiinnittämään huomiota potilaan kannalta merkittäviin asioihin. Kaiken kaikkiaan opinnäytetyön tekeminen oli sujuvaa, mutta mukaan mahtui myös joitakin haasteita. Suurimpana haasteena koimme kahden sairaanhoitajaopiskelijan työryhmässämme etenkin yhteistyön päättymisen pelialan ammattilaisten kanssa. Lisäksi hieman haasteita aiheutti työryhmän aikataulut ja pitkät välimatkat. Suunnitellun yhteistyön päättymisen myötä jouduimme muuttamaan näkökulmaamme enemmän yleiselle tasolle. Alkuperäisessä suunnitelmassa oli tarkoitus luoda hoitoympäristö tiettyyn peliin, mutta jouduimme luomaan sen yleisellä tasolla ajatellen hypoteettisesti ”mitä jos” tällainen peli luotaisiin. Lopputuloksesta tuli kuitenkin yleiskatsaus psykiatrisen potilaan optimaalisesta hoitoympäristöstä.

Yhteistyön päättymisen ja opinnäytetyön valmistumisen myötä jäimme kuitenkin miettimään, miltä tuotoksemme olisi näyttänyt valmiissa pelissä. Lähdimme nimittäin projek-

tiin niin innokkaasti mukaan, jolloin olisimme kovasti odottaneet näkevämme konkreettisesti valmiin lopputuloksen pelattavassa muodossa. Meitä jäi myös hieman kiinnostamaan, tulisiko tuolloin valmiista pelistä ilmi huoneen sisustuksen, turvallisuuden ja värimaailman tarkoituksenmukaisuus, vai pelaisivatko opiskelijat peliä ajattelematta sen kummemmin ympäristön merkitystä.

Opinnäytetyölle kappaleessa kaksi asetetut kehittämistehtävät toteutuivat mielestämme prosessin kuluessa asianmukaisesti. Mielialahäiriökokonaisuuden avaaminen lukijalle on mielestämme läpi opinnäytetyön monipuolista eri näkökulmista, jolloin lukija saa kattavan paketin erilaisista mielenterveyshäiriöistä ja niiden hoitomuodoista. Pääasiasa toisena kehittämistehtävänä oli luoda optimaalinen poliklinikkahuone mielialahäiriöistä kärsivälle, jolloin huomioidaan sairaanhoitajan ja potilaan fyysinen, psyykinen ja henkinen hyvinvointi, sekä turvallisuus. Kyseinen kehittämistehtävä toteutui mielestämme tarkoituksenmukaisesti, huomioiden suunnitelmien muutos. Kaiken kaikkiaan opinnäytetyömme on asianmukaisesti perusteltua käytettyihin lähteisiin. Jatkotutkimusaiheeksi voisi esimerkiksi sopia tutkimus koskien oppimispelin valmista pelattavaa versiota, jossa keskityttäisiin jo miettimäämme asiaan huomioisivatko opiskelijat optimaalista hoitoympäristöä ollenkaan tai millä tavoin he ympäristöä huomioisivat.

Lähteet

Cummings, Grandfield & Coldwell. 2010. Caring with comfort rooms: reducing seclusion and restraint use in psychiatric facilities. Journal of psychosocial nursing and mental health services. Verkkodokumentti.

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=167ca78b-4ae7-4013-af2d-85733b71bb85%40sessionmgr4003&vid=5&hid=4204> Luettu 13.7.2015

Harviainen, Meriläinen & Tossavainen. 2014. Pelikasvattajan käsikirja. Tammerprint Oy. Luettu 14.6.2015

Heikkinen-Peltonen; Innamaa; Virta. 2014. Mieli ja terveys. Edita. Luettu 19.8.2015

Huttunen, M. 2014. Masennus, masentuneisuus, masennusoire ja masennustila. Duodecim. Verkkodokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00390 Luettu 10.6.2015

Huttunen, M. 2014. Mielialahäiriö. Duodecim. Verkkodokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00393 Luettu 21.7.2015

Hutu. 1994. Psykiatrisen potilaan kokemuksia ja odotuksia hoitoympäristöstään. Pro gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Luettu 17.7.2015

Hyvönen, J. 2008. Suomen psykiatrisen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Verkkodokumentti. wanda.uef.fi/ukuvaitokset/vaitokset/2008/isbn978-951-27-1160-4.pdf Luettu 27.6.2015

Lasten keskuksen tutkimustoimisto. 2010. Verkkodokumentti. http://www.evl-slk.fi/files/1046/kuulas_tutkimus.pdf Luettu 17.7.2015

Lauha. 2014. Nuorisotyö pelaa. Opetus- ja kulttuuriministeriö. Helsinki. Luettu 28.6.2015

Mielenterveyden keskusliitto. 2015. Tietoa mielenterveydestä & Mieli voi sairastua. Verkkodokumentti. <http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/> Luettu 17.7.2015

Patel. V; Kleinman. A. 2003. Poverty and common mental disorders in developing countries. World health organization. Verkkodokumentti. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7a4ba90d-4b34-40c4-8a6c-62d19a471948%40sessionmgr4001&vid=6&hid=4101> Luettu 19.7.2015

Rossi, L. 2013. Mielisairaudet ajanvirrassa. Turun yliopisto. Verkkodokumentti. <http://agricola.utu.fi/julkaisut/kirja-arvostelut/index.php?id=3390> Luettu 15.7.2015

Seneca (4 eKr.-65 jKr.). Verkkodokumentti. <http://www.kolumbus.fi/juha.seppanen/jssivut/sitaatit/filsit/filsit1.htm> Luettu 18.7.2015

Shorter. 2005. Psykiatrian historia. Mielenterveyden keskusliitto. Luettu 11.8.2015

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Mielenterveyden häiriöiden ehkäisy. Verkkodokumentti. <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/toimijat/terveyden-edistaminen-eri-toimialoilla/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen-ammattillisessa-koulutuksessa/mielen-hyvinvointi/mielenterveyden-hairioiden-ehkaisy> Luettu 14.6.2015

Vilkko-Riihelä; Laine. 2013. Mielen maailma: Persoonallisuus ja mielenterveys. Sano-maPro. Luettu 16.8.2015

Ylikarjula. 2014. Värillä on väliä. Katharos Oy. Luettu 16.8.2015

Kyselylomake**Optimaalinen poliklinikkahuone tulevaisuuden mielialapeliin**

1. Millaisia esineitä ja huonekaluja sisältäisi mielenterveyspoliklinikan vastaanottohuone, jossa sairaanhoitaja ja asiakas käsittelevät ongelmia? Huomioon otetaan turvallisuus ja viihtyisyys eri näkökulmista.

2. Mitä värejä kyseinen poliklinikkahuone sisältäisi, jotta se olisi mahdollisimman kuntouttava ja rauhoittava?

Vastaukset käsitellään anonyymisti.

Kiitos vastauksista!

Vastausten analysointitaulukot

Millaisia esineitä ja huonekaluja sisältäisi mielenterveyspoliklinikan vastaanottohuone, jossa sairaanhoitaja ja asiakas käsittelevät ongelmia? Huomioon otetaan turvallisuus ja viihtyisyys eri näkökulmista.

Pääluokka	Alkuperäinen ilmaus	Alaluokka
Millaisia esineitä ja huonekaluja sisältäisi mielenterveyspoliklinikan vastaanottohuone, jossa sairaanhoitaja ja asiakas käsittelevät ongelmia? Huomioon otetaan turvallisuus ja viihtyisyys eri näkökulmista.	A. Kaksi tuolia, pienen pöydän ja jotain muuta virikettä.	A. Tuolit, pieni pöytä, muu virike
	B. Huoneessa olisi nojatuolit, pöytä ja hoitajan työvälineet.	B. Nojatuolit, pöytä, hoitajan työvälineet.
	C. Normaalin poliklinikkahuoneen tapaisesti viihtyisät tuolit ja pikkupöytä. Pöytä olisi jotenkin turvallisesti kiinnitetty, ettei sitä saisi heti irti heitettyä.	C. Viihtyisät tuolit, turvallisesti kiinnitetty pikkupöytä.
	D. Yleiset pieni pöytä ja mukavat tuolit, joku virkistävä taulun tapainen olisi myös kiva. Pöydän pitäisi varmaan olla pyöreähkö muodoiltaan, jotta olisi turvallinen.	D. Mukavat tuolit, pyöreähkö pieni pöytä, taulun tapainen.
	E. Varmaankin pienen pöydän, joka pitäisi ehkä olla jotenkin pyöristetty, jotta ei olisi vahingollinen. Ei metallia. Lisäksi pehmeät tuolit. Potilasta ajatellen olisi hyvä myös varmaankin nenäliinapaketti.	E. Pyöristetty pieni pöytä ei metallia, pehmustetut tuolit, ahdistuksen purkamiseen nenäliinoja.

	F. Potilaalle tuolin, hoitajalle tuolin ja pienen pöydän. Tuolit olisi pehmeitä. Joku kasvikin ym. olisi virkistävä potilaalle. Tietenkin hoitajan pöytä myös.	F. Pehmeät kaksi tuolia, pieni pöytä, kasvi ja hoitajan pöytä.
	G. Valoisa huone, jossa nojatuolit, pieni pöytä ja vaikka seinällä rauhoittava taulun tapainen. Esineet olisi hyvä olla jotenkin pyöristettyjä, jotta ne olisi turvallisia.	G. Nojatuolit, pyöristetty pieni pöytä, rauhoittava taulun tapainen.
	H. Potilaalle kiva tuoli ja jollain turvallisella tavalla kiinnitetyn pieni pöytä, jotta potilas ei viskoisi sitä. Hoitajalle myös nojatuoli ja työtuoli, sekä työpöytä tietenkin.	H. Kiva tuoli potilaalle, hoitajalle nojatuoli, turvallisesti kiinnitetty pieni pöytä ja hoitajan työpöytä.
	I. Tietysti kaksi oikein pehmeää tuolia, ja vaikka jotain virikettä potilaalle. Myös pyöreähkö pieni pöytä ja hoitajan työtarvikkeita.	I. Kaksi pehmeää tuolia, pyöreähkö pöytä, hoitajan työtarvikkeet, jotain virikettä potilaalle.
	J. Huone sisältäisi keskustelutuolit, pienen pyöreän pöydän, roskiksen, valaistusta, ehkä maton. Lisäksi hoitotarvikkeet hoitajalle.	J. Tuoleja, pieni pyöreä pöytä, roskis, hyvä valaistus, matto, hoitajan hoitotarvikkeet.
	K. Siellä olisi pöytä, mukavat tuolit, sekä virikkeeksi esim. kirja tai taulu ym. Tietokone hoitajalle tms.	K. Tuolit, pöytä, taulu tai kirja, ja tietokone hoitajalle.

	L. Ainakin siellä olisi normi- tuolit varmaan jotkut noja- tuolit, myös olisi kiva joku rauhottava koriste. Siellä olisi myös turvallisesti ase- tettu pöytä. Jotain hoito- tarvikkeita myös.	L. Nojatuolit, joku koriste, turvallisesti asetettu pöytä, hoitotarvikkeet.
	M. Turvalliset ja viihtyisät tuolit ja vaikka esim. pyö- ristetty pieni pöytä, jotta olisi turvallinen. Pöytä voisi olla kiinnitetty jotenkin, ettei sitä voisi potilas va- hingossa heittää. Myös jotain virikettä ja hoitajan tarvitsemat työvälineet olisi hyvä olla.	M. Tuolit, pyöristetty ja kiinnitetty pöytä, jotain viri- kettä ja hoitajan työväli- neet.
	N. Siellä voisi olla pehmeät tavarat, kuten kivat tuolit. Pöytäkin olisi hyvä olla. Sen pitäisi turvallisuus huomioiden olla vaikka kulmistaan pyöristetty ja jotain hyvää materiaalia. Hoitajan työpöytä ja tieto- kone. Jotain koristetta vaikka potilaalle myös.	N. Pehmeät tuolit, pyöris- tetty pöytä, hoitajan työ- pöytä ja tietokone, koriste.

Mitä värejä kyseinen poliklinikkahuone sisältäisi, jotta se olisi mahdollisimman kuntouttava ja rauhoittava?

Pääluokka	Alkuperäinen ilmaus	Alaluokka
Mitä värejä kyseinen poliklinikkahuone sisältäisi, jotta se olisi mahdollisimman kuntouttava ja rauhoittava?	A. Huone olisi yksinkertainen väritykseltään. Siellä voisi olla kaikenlaisia hempeitä sävyjä.	A. Yksinkertaisuus, hempeät sävyt.
	B. Vaaleat värisävyt ovat jollainlailla rauhoittavia. Myös valoisuutta on hyvä olla.	B. Vaaleat värisävyt, valoisuus.
	C. Huoneessa olisi esimerkiksi sinistä ja valkoista, ne ovat melko rauhoittavia värejä. Ei liian sekava.	C. Sininen, valkoinen, ei sekava.
	D. Sinisen eri sävyjä, valkoista ja esimerkiksi vaalean vihertävää.	D. Sinisen sävyt, valkoinen, vaalean vihertävä.
	E. Kokonaisuus voisi olla valkoisen painotteinen. Hieman jotain muuta piristävääkin voisi tietenkin olla.	E. Valkoinen, myös jokin muu piristävä väri
	F. Vaaleita värisävyjä, mustaa välttäisin.	F. Vaaleat värit, ei mustaa.
	G. Vaaleansininen ja valkoinen esimerkiksi. Ei mustia sävyjä.	G. Valkoinen, vaaleansininen, ei mustia sävyjä.
	H. Painottaisin sävyt valkoiseen ja siniseen. Ehkä vihreääkin voisi olla esimerkiksi kasvissa.	H. Valkoinen, sininen, hieman vihreää.

	I. Värit olisi hyvä olla yksinkertaiset ja vaaleat. Jotain virkistäviä väripilkkuja olisi myös kiva olla potilashuoneessa, jotta mielen-terveyspotilas ei ainakaan masentuisi enempää.	I. Yksinkertaisuus, vaaleus ja pienet väripilkut huoneeseen.
	J. Suosisin potilashuoneessa esimerkiksi valkoista, mutta jottei huoneesta tulisi potilaalle liian kolkko, niin lisäisin huoneeseen ripauksen mm. vaalean punaista tai sinistä, keltaista ja ehkä ruskeaa.	J. Valkoinen, vaaleanpunainen tai sininen, keltainen, ehkä ruskea.
	K. Potilashuoneessa olisi mielenterveyshäiriöiselle mm. sinistä ja valkoista.	K. Sininen, valkoinen.
	L. Mielestäni potilashuoneeseen voisi laittaa vaalean punaista, valkoista, vähän sinistä ja rusehtavaakin voisi olla.	L. Valkoinen, sininen, vaaleanpunainen, rusehtava.
	M. Huone sisältäisi valkoista, ja ehkä vähän sinertävää. Voisi siellä olla myös kasvi tuomassa vihreyttä.	M. Valkoinen, hieman sinertävää ja vihreyttä.
	N. Rauhallisuutta lisäisi pastellisävyt, kuten vaaleansininen. Lattia voisi olla joko valkoinen tai vaikka rusehtava. Pienet kuviotkin ehkä piristäisi mielenterveyspotilasta.	N. Pastellisävyt, vaaleansininen, valkoinen, rusehtava, hieman myös kuvioita.

Rinnakkaisopinnäytetyöryhmän kehitlemä potilasskenaario

Matti Virtanen on 55-vuotias työssäkäyvä mies, mutta nyt hän on ollut sairauslomalla masennuksen takia. Matti on ollut äskettäin ensimmäisessä sairaalahoidossa itsetuhoisen käyttäytymisen vuoksi. Matin vointi saatiin vakaaksi sairaalassa lääkityksen ja intensiivisen hoidon avulla. Matti asuu yhdessä vaimonsa kanssa. Matilla on ollut runsasta alkoholinkäyttöä viime vuosien aikana. Jatkohoitosuunnitelmana sairaalahoidon jälkeen on psykiatrisen sairaanhoitajan tapaamiset psykiatrian poliklinikalla kerran viikossa.

Diagnoosit:

F32-33 Masennustila

F10-19.2 Päihderiippuvuus

Lääkitys:

Sairaalassa Matille on aloitettu lääkityksenä Ciprallex 40 mg x 1 masennuksen hoitoon ja Antabus 800 mg x 1 päihteettömyyden tueksi. (Lääkealan turvallisuus ja kehittämiskeskus Fimea.)

Nykytila:

Matti on tällä hetkellä sairauslomalla, joka kestää vielä 2 viikkoa. Matin psyykkinen vointi on nyt sairaalahoidon johdosta vakaa, mutta ahdistusta ja mielialan laskua on edelleen. Ahdistus on voimakkainta iltaisin ja ahdistus estää Mattia tekemästä mieluisia asioita. Aamuisin vuoteesta ylös nouseminen on vaikeaa väsymyksen vuoksi. Matti on ollut käyttämättä alkoholia sairaalahoidon jälkeen ja on motivoitunut raitistumaan Antabuksen ja psyykkisen tuen avulla.

Matin vaimo käy töissä ja hän tukee Mattia parhaansa mukaan, mutta hänen on välillä vaikea ymmärtää miehensä psyykkistä sairautta.

Toimit sairaanhoitajana psykiatrian poliklinikalla. Tapaat Matin vastaanotolla keskustelun merkeissä. Mielenterveystyössä on vaikea määritellä yhtä ja oikeaa kysymystä tai vastausta. Digitaalisen pelin luonteen vuoksi pelaajalla on mahdollisuus valita vain yksi oikea vaihtoehto. Hoitajan puheenvuorot voivat olla nopeasti tulkittuna toisiaan muistuttavia. Perekdy vaihtoehtoihin huolella ja pohdi tarkasti ennen kuin vastaat.

(Potilasskenaarion tekijät rinnakkaisopinnäytetyöryhmästä: Toivanen & Turunen)